

Personcentrerad vård

Vad är det och vad tycker patienten?

FÖRFATTARE	Helena Göransson Linnea Svensson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250
	HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Helen Elden
EXAMINATOR	Eva Lidén

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Personcentrerad vård. Vad är det och vad tycker patienten?
Titel (engelsk):	Person-centered care. What is it and what do the patient think?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Helena Göransson Linnea Svensson
Handledare:	Helen Elden
Examinator:	Eva Lidén

SAMMANFATTNING

Introduktion: Patienter har länge inom sjukvården ofta blivit objektifierade och endast reducerats till sin sjukdom. Det centrala för den personcentrerade vården, är att se patienten som en person bakom sin sjukdom, att se dennes perspektiv och upplevelser av sjukdomen. Personcentrerad vård kännetecknas av ett partnerskap mellan patient och vårdgivare. Genom att först starta med patientens berättelse och sedan vidareutveckla en vårdplan tillsammans fördelas ansvaret för vården och patientens delaktighet ökar. Tre nyckelbegrepp betonas; partnerskap, patientberättelse och dokumentation. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt är att sammanställa och beskriva forskning om personcentrerad vård, med fokus på den vuxna patientens perspektiv inom slutenvården. **Metod:** En litteraturöversikt med både kvantitativa och kvalitativa artiklar sökta ur databaserna Cinahl, PubMed och Scopus. **Resultat:** Presenteras utifrån det teoretiska ramverket för personcentrerad vård. I den mån patienters perspektiv har undersökts är delaktighet den grund som krävs för stabilitet. Till exempel uppger patienter som är delaktiga vid upprättandet av målen för sin rehabilitering en ökad tillfredsställelse och större autonomi. Det biomedicinska synsättet är fortfarande en starkt rotad rutin som avspeglar sig i både patienter och personal samt i svårigheter med införandet av nytt arbetssätt. **Slutsats:** Traditionellt sett arbetar alla mot samma mål, en god vård för patienten, fast på olika håll. Om man däremot enas kring och utgår från personens berättelse kan stora vinster göras. Ytterligare forskning på ämnet är nödvändig för att få en samlad helhetssyn och kunna fullfölja en utvärdering på personcentrerad vård och dess effekter både på personal och patienter.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Vad är personcentrerad vård?.....	1
Författningar och riktlinjer.....	2
TEORETISK REFERENSRAM FÖR PERSONCENTRERAD VÅRD	3
Historik.....	3
Struktur och ramverk.....	4
ÖVRIG FORSKNING	6
PROBLEMFORMULERING	7
 SYFTE	 7
 METOD	 7
SÖKPROCESSEN	8
Inklusionskriterier och exklusionskriterier.....	8
Studiedesigner som används i valda artiklar.....	9
Etiska frågeställningar.....	9
ANALYS	10
 RESULTAT	 10
FÖRUTSÄTTNINGAR	10
VÅRDMILJÖ	11
PERSONCENTRERADE PROCESSER	12
FÖRVÄNTADE RESULTAT	12
 DISKUSSION	 13
METODDISKUSSION	13
Granskade artiklar.....	13
Examensarbetets arbetsprocess.....	15
RESULTATDISKUSSION	15
Praktiska implikationer för omvårdnaden.....	16
SLUTSATS	17
 REFERENSER	 18
 BILAGOR	 20
BILAGA 1. REDOVISNING AV LITTERATURSÖKNING	20
BILAGA 2. ÖVERSIKT AV ANALYSERADE STUDIER	22

INTRODUKTION

INLEDNING

Sjukvården är traditionsbunden och präglas av starka rutiner samt en tydlig hierarki. Vi har tidigare sett hur detta kan medföra svårigheter att genomföra förändringar både vad gäller arbetssätt och organisation. Mycket har hänt de senaste decennierna och sjukvården har tagit stora steg bort från objektifieringen av patienter, men mycket finns fortfarande kvar att utveckla. Ännu är inte patienterna fullt delaktiga i sin vård. En ökad patientdelaktighet tror vi kan gynna vårdkvaliteten både vad gäller patientens och personalens upplevelser.

Då vi närmar oss utbildningens slut har många tankar det gångna året kretsat kring den nya yrkesrollen som sjuksköterskor och relationen med patienterna. Under vår utbildning har både uttrycken patientcentrerad och personcentrerad vård frekvent förekommit utan att närmare beskrivning gjorts. Därmed väcktes ett intresse att utforska vad som skrivits om ämnet.

BAKGRUND

Vad är personcentrerad vård?

Patienter har länge inom sjukvården ofta blivit objektifierade och endast reducerats till sin sjukdom. Det centrala för den personcentrerade vården, är att se patienten som en person bakom sin sjukdom, att se dennes perspektiv och upplevelser av sjukdomen. Enligt Edvardsson kännetecknas personcentrerad vård av att patienten är delaktig och inkluderas i alla delar av sin egen vård (1) vilket också finns angivet i Hälso- och sjukvårdslagen från 1980-talet (2). Vikten av livsvärldsperspektivet och ett holistiskt synsätt inom vården poängteras. Traditionellt sett har det biomedicinska perspektivet varit tongivande inom hälso- och sjukvård. Det har medfört en ideologi där människan liknats vid en maskin och behandlingar har ibland satts in utan att individen gjorts delaktig eller där konsekvenserna övervägts (3). Personcentrerad omvårdnad är att bemöta och behandla patienten som den individ han eller hon är. Att lyssna och bekräfta personens sjukdomsupplevelse och att utgå från den när vården ska planeras. Från humanistisk grund inkludera personen i de beslut och processer vården utgör (1).

Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, (GPCC) är ett forskningscentrum som bildades 2010. Centrat får stöd från Vetenskapsrådet, regeringens strategiska forskningssatsning inom området vårdforskning. Forskningen som bedrivs där syftar till att bland annat utvärdera personcentrerad vård (4). Enligt GPCC kännetecknas personcentrerad vård av ett partnerskap mellan patient och vårdgivare. Genom att först starta med patientens berättelse och sedan vidareutveckla en vårdplan tillsammans fördelas ansvaret för vården och patientens delaktighet ökar. Tre nyckelbegrepp betonas; partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Den hjälpsökande görs till samarbetspartner och patientrollen förändras därmed. Istället för att passivt ta emot vård blir patienten aktivt en del av den. Kunskapen och därmed även ansvaret kring den egna sjukdomen och behandlingen ökar. Genom att patientens kunskap om den egna situationen sammanförs med vårdarens generella kunskap om

sjukdomen utvecklas den ömsesidiga respekten, vilken ligger som grund för personcentrerad vård. Patienten får berätta om sin erfarenhet, sina iakttagelser och de symtom som hon/han upplever. Vårdarens uppgift är att sätta samtalet i verket och skapa möjligheter för en god dialog. Det är viktigt att inte bara problemet lyfts fram utan även hur det påverkar vardagen, samt vilka styrkor och förmågor som finns hos patienten och i dennes närhet. Från detta planerar parterna gemensamt vården och en vårdplan, ett kontrakt mellan parterna, skrivs ner. När mötet och berättelsen sedan dokumenteras av vårdgivaren tillsammans med vårdplanen är det viktigt att få med berättelsens olika nyanser. Detta då det är genom dokumentation som kommunikation till andra vårdaktörer huvudsakligen sker (5).

En livsberättelse är en berättelse som personen berättar med egna ord om sitt liv, vad som varit utmärkande och vilka händelser som format henne/honom. Att berätta är att få bekräftelse och det kan vara en stor hjälp till skapa ett sammanhang för personen och en delaktighet med andra människor. Ibland kan själva processen i sig verka läkande. Att få ta del av personens livsberättelse är en förutsättning för personcentrerad vård. Det krävs planering, tid och plats bör förberedas, lyssnaren ska vara mottaglig och närvarande i samtalet samt ha ett icke värderande förhållningssätt. Lyssnaren ska se världen ur den andres perspektiv (6).

Begreppet patient syftar ofta till en specifik grupp människor. Patienterna i detta kollektiv tillskrivs då likartade egenskaper och tanken blir att de ska behandlas på ett likartat sätt. Detta synsätt gör att personen bakom patienten kommer i skymundan (7). Sjukvården är fortfarande till stor del patientcentrerad och drivs av rutiner trots att många vårdgivare ser fördelarna med en personcentrerad vård. Begreppet patientcentrerad skiljer sig från personcentrerad, i den patientcentrerade vården ses patienten mer som en passiv måltavla för medicinska åtgärder. Begreppet riskerar också att objektifiera patienten. I det personcentrerade synsättet tar patienten en större roll i beslutsfattandet och patienten ses då som en person som inte ska reduceras endast till sin sjukdom (8).

Författningar och riktlinjer

Socialstyrelsen fastställer i sina nationella riktlinjer sex olika indikatorer för vad som är god vård. Dessa områden är; kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvård i rimlig tid (9). Förutom att lyfta fram den patientfokuserade vården som en del av god vård är personcentrerad vård främst beskriven som en del av riktlinjerna som rör vården av personer med demenssjukdom. Personcentrerad omvårdnad av demenssjuka syftar till att fokusera på personen och inte sjukdomen samt ett bevarande av personligheten trots de sviktande funktionerna. Patienten uppmanas aktivt att vara delaktig i beslutsfattandet kring sin vård och utifrån sina egna förutsättningar bli en aktiv samarbetspartner. För att underlätta använder sig sjukvårdspersonalen av information om värderingar, preferenser och livsmönster. Personens upplevelse av världen ska bekräftas och det sociala nätverket ska involveras i vården (10).

Vårdgivarens skyldighet regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Patientsäkerhetslagen (PSL). Patienten ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd samt strategier för vård och behandling (11). Delaktighet har fått betydelsen att den delaktige är aktivt medverkande och har ett medinflytande. Att som patient vara delaktig är att ta del i beslut om den egna vården och behandlingen. En förutsättning för delaktighet är mötet mellan patient och vårdgivare. Med respekt för patientens kunskap och för det lika värde som parterna har möjliggörs ett aktivt informationsutbyte som ligger till grund för en ökad delaktighet (12). Individuellt anpassad information medför att informationen som förmedlas utgår från patientens förutsättningar att tillgodogöra sig den. Hänsyn ska tas till bland annat språk, hälsotillstånd, kulturell bakgrund, eventuell funktionsnedsättning, mognad och tidigare erfarenheter (11). I mötet med patienten är det därför av stor vikt att en öppen dialog förs där patientens resurser i form av tidigare kunskaper används. Det kan vara faktakunskaper såväl som erfarenhetsbaserade kunskaper. Sjuksköterskan bör respektera och ta tillvara på detta för att sedan tillsammans med de egna resurserna i form av aktivt lyssnande, kunskap och erfarenhet bidra till och stödja patientens ökade delaktighet (12).

TEORETISK REFERENSRAM FÖR PERSONCENTRERAD VÅRD

Historik

Begreppet personcentrerad vård har historiskt likställts med god och humanistisk vård och återfinns internationellt i policydokument över hur vården ska bedrivas. Den personcentrerade vården har sitt ursprung i psykologin, har utvecklats och vuxit fram inom demensvården, och har sedan spridit sig till övriga delar av sjukvården (13). I mitten av 1900-talet var psykologen Carl Rogers först med att mynta begreppet "Client-centred psychotherapy" och senare kom han också att använda begreppet "person-centred" för att beskriva fenomen kring mellanmänniskliga relationer och personlighet. Rogers teori var att personen som söker hjälp ska ses som en expert på sig själv och att terapeutens roll är att främja klientens självinsikt (1).

I begreppet "patient" – som ursprungligen betyder "den lidande" – ligger ett beroendeförhållande det vill säga en ojämlikhet till de professionella vårdarna. Relationen speglas av maktbalansen mellan vårdpersonal och patient, där patienten är den som söker hjälp och vårdpersonalen den som erbjuder vård och den som har makten. Patientbegreppet kan även ses som kollektivt då alla patienter med en viss diagnos anses vara lika och därmed bör behandlas på samma sätt. Mot denna bakgrund har krav på ökad patientdelaktighet ställts. I samband med ökade krav på mänskliga rättigheter under 1960- och 70-talen ställdes även krav på patienters rätt till medbestämmande och att patienten skulle sättas i centrum. Den hierarkiska sjukvårdsorganisationen kvarstod dock men på 1980-talet skrevs det in i Hälso- och sjukvårdslagen att patienter ska få vara delaktiga i beslut och uttrycka sin egen vilja (7). Enligt 2:a paragrafen i Hälso- och sjukvårdslagen ska vården bland annat bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (2).

Tom Kitwood återförde begreppet ”person-centred” inom demensvården på 1990-talet. Han menade att under föregående decennier hade demensvården endast varit biomedicinskt fokuserad och personer med demenssjukdom sågs som ”tomma skal”. Vården blev då främst en förvaring vilket Kitwood vände sig emot och framhöll att personen finns bakom demenssjukdomen och dess symtom (1). Kitwood menar att för att kunna ge en god vård krävs ett grundantagande att personen bakom sjukdomen fortfarande finns kvar. Därpå följer det etiska kravet att bemöta personen med respekt samt att tillgodose och synliggöra behoven av meningsfullhet, aktivitet, glädje samt beslutsfattande (13). Den personcentrerade vården har främst fått genomslag inom demensvården och efter Kitwoods arbete i Storbritannien ses den moderna användningen av begreppet ha sitt ursprung där. Från Storbritannien har den personcentrerade vården spridit sig till Västeuropa, Nordamerika och Australien. Främst i Storbritannien och Australien har den personcentrerade vården fått ett mycket stort genomslag (1). I Sverige har Socialstyrelsen från 2006 använt begreppet patientfokuserad vård i sina föreskrifter om patientsäker hälso- och sjukvård (7).

Myndigheten för vårdanalys har i sin utvärdering av patientcentrering i Sverige kommit fram till att det fortfarande finns brister i hur patienter informeras och görs delaktiga i sin vård. En brist som föreligger är att sjukvården inte möter patientens individuella behov, värderingar och preferenser i tillräckligt hög utsträckning. Om inte patienterna görs delaktiga kan det leda till en sämre vård samt ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Enligt rapporten är vården otillräcklig vad gäller att utgå från en helhetssyn av patienten och även den bristande samordningen mellan vårdaktörer påverkar patienternas upplevelse av vårdkvaliteten negativt (14).

Struktur och ramverk

År 2006 utkom en artikel av McCormack och McCance där de beskriver ett ramverk för personcentrerad vård som bygger på fyra konstruktioner. De rubricerar dem som förutsättningar, vårdmiljö, personcentrerade processer och förväntade resultat. Förutsättningarna syftar på sjuksköterskans egenskaper, som är att ha yrkeskompetens, vara socialt kompetent, vara engagerad i arbetet, veta sina värderingar och övertygelser samt vara säker och känna sig själv. Genom att sjuksköterskan har bearbetat sina egna värderingar och vet hur de kan påverka omvårdnaden har hon en stabil grund. Denna värdegrund i samverkan med god social kompetens gör att hon kan kommunicera med berörda parter på olika nivåer. Därigenom kan sjuksköterskan använda sina kunskaper och skickligheter i omvårdnad för att ge patienten den bästa möjliga vården. För att sjuksköterskan ska kunna göra detta krävs att möjligheterna finns där, att vårdmiljön är organiserad på så sätt att hindren är begränsade. Vårdmiljön påverkas av ledarskapet, relationerna mellan arbetskamraterna, organisationssystemet och vilka potentialer för förbättringar som finns (15).

Vårdmiljön är också en del av den goda omvårdnaden och en personcentrerad miljö ska värna om integritet, välbefinnande och främja hälsa. I patientens livsberättelse kan det framkomma vilka behov som ställs på miljöns utformning, utifrån patientens symtom. Även patientens vanor och önskemål bör uppmärksammas när man utformar miljön, såsom om personen är kvälls- eller morgonpigg eller om han eller hon föredrar att äta på sitt rum eller i matsal. I den personcentrerade omvårdnaden ses miljön som en viktig

komponent i patientens läkeprocess och hänsyn vid utformningen måste tas till den enskilde personens behov, preferenser, resurser och vilja. En personcentrerad utformad miljö kan bidra till att hjälpa patienten att må så bra som möjligt trots sin sjukdom. Hur miljön beskrivs kan både vara objektivt utifrån hur det ser ut, exempelvis rummets storlek och ljusförhållanden, eller subjektivt utifrån upplevelsen man får av att befinna sig på platsen. I sjukhusmiljöer är det ofta de medicintekniska och praktiska aspekterna som har fått styra utformningen av rummen och miljön på vårdavdelningar kan ses som steril och avidentifierad. Långa korridorer kan riskera att patienter får svårt att orientera sig vilket kan leda till ökad osäkerhet och minskad trygghet. Patienternas välbefinnande påverkas av hur sängen är placerad, möjlighet till utsikt, inredning och belysning. Även närståendes välbefinnande och möjlighet till delaktighet påverkas av hur patientrummet är utformat. Enkelrum bidrar till möjligheten att föra personliga samtal samt dokumentation nära patienten vilket är viktigt i den personcentrerade omvårdnaden (16).

Personcentrerade processer syftar på att arbeta med patientens övertygelser och värderingar, engagemang och delaktighet i beslutsfattande. Att vara närvarande och sörja för patientens fysiska behov. Genom att utveckla en bild av hur patienten värderar och förstår situationen kan en delaktighet uppnås då sjuksköterskan arbetar för att informera och integrera patienten. Engagemanget reflekterar kvaliteten på relationen mellan parterna. Sjuksköterskan kan genom att visa sympatisk närvaro, inneha emotionell intelligens samt äga god kunskap om patientens fysiska omvårdnad bidra till att en bra relation utvecklas.

De förväntade resultaten från en effektiv personcentrerad omvårdnad är tillfredsställelse och engagemang i vården och en känsla av välbefinnande. Tillsammans skapar detta en vård där patienten är delaktig i besluten, med väl samarbetande personal, variabelt ledarskap och en vårdmiljö där innovativa lösningar uppmuntras. Ramverket belyser komplexiteten i personcentrerad vård och framhäver de olika dimensionerna av det praktiska vårdandet och kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten. Det belyser vikten av att sjuksköterskan ser bortom de rådande rutinerna för vårdande och välkomnar alla former av lärande samt handlar för att främja valmöjligheter och delaktighet för patienten (15).

Enligt Ekman m.fl. finns kunskap om värdet av personcentrerad vård hos många av vårdgivarna men implementeringen i den kliniska verksamheten har stött på en del problem och verksamheterna arbetar fortfarande främst utifrån sina traditionella rutiner. Många är positiva till att arbeta personcentrerat även om det i praktiken inte alltid blir systematiskt och konsekvent, och i tidspressade situationer får det personcentrerade arbetssättet ofta stå tillbaka för det traditionella. Det är också vanligt förekommande att de personcentrerade åtgärderna inte dokumenteras i journalen. Likaså beskrivs inte patienters uppfattningar och föreställningar över sin sjukdom och behandling i lika stor utsträckning som den biomedicinska informationen. För att införa och bevara den personcentrerade vården även i pressade situationer föreslår Ekman m.fl. ett antal åtgärder, såsom att etablera rutiner som initierar, integrerar och skyddar personcentrerad vård i dagligt arbete. Patientens berättelse utgör starten för den personcentrerade vården. Genom den läggs grunden för partnerskapet. Den visar både på patientens upplevelse av sjukdomen och hur livet påverkas. De biologiska markörerna ska ses som

ett komplement till personens berättelse om tillståndet. Nästa rutin är att under och efter mötet tillsammans med patienten etablera en vårdplan genom att diskutera vård och behandling. Denna ökade delaktighet från patientens sida utvecklas ett partnerskap som gör det möjligt att nå de uppsatta målen. Slutligen åligger det vårdpersonalen att dokumentera både patientberättelsen samt vårdplanen så att den ger legitimitet åt patientens perspektiv, ökar transparensen och säkerställer fortsatt vård. Denna inskrivning ska ses lika viktig som fynd från kliniken eller laboratoriet (8).

ÖVRIG FORSKNING

Forskningen på personcentrerad vård vid GPCC har exempelvis visat på att när den är implementerad så resulterar det i både en förkortning av vårdtiden samt förbättrad smärtlindring efter höftfraktur, liksom minskad förekomst av trycksår samt minskade vårdkostnader (4). I en studie gjord på personer över 65 år med höftfraktur uppmättes vårdtiden till mindre än hälften hos den grupp som vårdades med personcentrerad vård jämfört med kontrollgruppen som fick traditionell vård. Förutom kortare vårdtid uppmättes färre komplikationer och därmed kunde en högre vårdkvalité hållas hos personerna som fick personcentrerad vård (17).

Övrig forskning kring personcentrerad vård har visat att den även har positiva effekter på arbetsklimatet och på vårdpersonalens arbetstillfredsställelse. Det finns signifikanta samband mellan sjuksköterskors tillfredsställelse med sitt arbete och ett personcentrerat arbetssätt. Även inom akutvården går det att se detta samband, och inte bara inom äldrevård som främst varit fokus för tidigare forskning på området (18). Den personcentrerade vården kan också bidra till att förbättra sjuksköterskors eventuella negativa attityder till främst äldre patienter. Dessa attityder är svåra att ändra på och det krävs att sjuksköterskan både får utbildning och själv reflekterar över sin egen inställning. Negativa attityder kan spridas bland personalen via informell kommunikation och risk finns att det påverkar vården av den enskilde patienten. När den personcentrerade vården implementeras kan detta ses som en möjlighet för sjuksköterskan att upptäcka personen som döljer sig bakom patienten och därmed förbättra sitt förhållningssätt. Viktigt i detta fall är att lyssna på patienten, att bemöta patienten som en individ och bygga en ömsesidig tillit och förståelse (19).

Det har också visat sig att organisationskulturen i sjukvården påverkar hur väl det fungerar att implementera personcentrerad vård. Avdelningar som präglas av stabilitet och kontroll får önskad effekt av att implementera personcentrerad vård medan avdelningar med större flexibilitet, sammanhållning och tillit inte är lika väl lämpade. Personcentrerad vård anses minska patienters osäkerhet kring sin sjukdom. En studie gjordes för att undersöka om organisationskulturen på fem avdelningar på ett svenskt sjukhus påverkar patienters grad av osäkerhet kring sin sjukdom, vid implementering av personcentrerad vård. Resultatet visade att på avdelningar med fokus på stabilitet, kontroll, planering och målsättning har patienter lägre osäkerhet kring sin sjukdom vad gäller förväntad förbättring, utskrivning och dagligt liv (20).

PROBLEMFORMULERING

Inom personcentrerad vård har det främst forskats kring vilka effekter det kan ha på vårdtid, kostnader, vårdskador och vårdpersonalens upplevelser. Nationellt sett har det visat sig att det finns stora brister i patientdelaktighet och patientundervisning. Patienter uppmanas i mycket låg grad att engagera sig i den egna vården och hälsan (14). Där det är etablerat, till exempel vid vård av personer med demenssjukdom på särskilda boenden, har det visat goda resultat, så även inom det palliativa området där ett liknade förhållningssätt används. Att införa personcentrerad vård inom slutenvården tror vi är nästa steg. Vid den inledande litteratursökningen, som var relativt bred och öppen, visade det sig att tidigare forskning främst studerat objektiva mätbara resultat och hur vårdpersonal uppfattar personcentrerad vård.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt är att sammanställa och beskriva forskning om personcentrerad vård, med fokus på den vuxna patientens perspektiv inom slutenvården.

METOD

Genom att använda både kvantitativa och kvalitativa artiklar var förhoppningen att finna både objektiva och subjektiva värden som svarar mot frågeställningens djup och bredd. Enligt Friberg syftar en litteraturöversikt till att skapa en överblick över kunskapsläget i ett visst vetenskapligt område. Genom ett strukturerat arbetssätt och systematiska val av texter skapas en bild av det valda området. Analysen av dessa görs på ett redan analyserat resultat till skillnad från när rådata analyseras. Förutom att skapa en överblick över ett begränsat område så kan litteraturöversikt också användas för att skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning. Studierna granskas och med hjälp av ett frågeformulär kan ställning tas till studiernas kvalitet. Studierna som väljs ut presenteras i en översiktstabell (21).

Genom att göra en första, icke redovisad, informationssökning erhöles en överblick av ämnet, där syftet utkristalliserade sig ytterligare. En första sökning gav ett flertal artiklar som vid första anblick kunde tänkas vara passande. Men efter genomläsning visade sig få vara lämpliga då studierna trots allt var inriktade mot patientcentrerad vård istället för det efterfrågade personcentrerade. Det var även en del som kom till konklusionen att det fanns stora vinster med att börja arbeta med personcentrerad vård men att deltagande personal inte arbetade med det då studien gjordes och patienter då heller inte behandlades därefter. Därför gjordes ytterligare sökning som redovisas i bilaga 1 där det tydligare framkom att det var personcentrerad vård och patienternas upplevelse som efterfrågades. Resultatet av sökningen blev relativt tunt, få var inriktade mot patienternas upplevelse och många var inriktade mot antingen den tidsbesparande processen eller sjuksköterskornas upplevelse av att arbeta med personcentrerad vård. På grund av sökresultatets begränsningar blev det slutliga antalet granskade artiklar åtta. En del av de artiklar som påträffades i sökningarna men som inte ämnade sig för resultat har använts till bakgrund samt kommer tas upp i diskussionen.

SÖKPROCESSEN

En inledande litteratursökning görs före problemformulering och syfte formuleras för att förvissa sig om att det finns litteratur skriven på ämnet. Vid den första översikten på ämnet anläggs ett helikopterperspektiv och man undersöker då översiktligt om vad det främst forskats om i det aktuella området. I det andra steget är det nödvändigt att göra ett urval och det är då av vikt att man kan motivera varför vissa studier inkluderas och andra exkluderas (21).

I starten av uppsatsskrivandet var problemformuleringen och syftet inriktat på sjuksköterskerollen vid smärtbehandling. Under diskussionerna kom begreppet personcentrerad vård upp, då detta är ett aktuellt ämne som ofta diskuteras på Göteborgs universitet. Fokus ändrades då till att uppsatsen skulle undersöka vilken påverkan personcentrerad vård hade på smärtbehandling, det vill säga hur patienten upplever denna. Begreppen var i detta läge inte helt klara för författarna och därför gjordes de inledande sökningarna både på patientcentrerad och personcentrerad vård. Det framgick att begreppen är komplexa och även om grundbetydelsen är liknande så är det ändå mycket som skiljer sig åt. Därför togs beslutet, efter överläggning med handledaren, att fokusera på personcentrerad vård och patientens upplevelse av denna.

Inklusionskriterier och exklusionskriterier

För att finna artiklar som svarar mot vårt syfte valde vi inklusionskriterierna slutenvård, vuxna patienter, länder som till sin sjukvårdsstruktur är likvärdig den i Sverige rådande samt att artikeln finns tillgänglig i fulltext. Exklusionskriterierna är primärvård, palliativ vård, särskilda boenden (nursing home) och demensvård. Vid artikelsökningen använde vi oss även av inklusionskriterierna "english" och artiklar som är publicerade mellan år 2000-2012 i samtliga databaser. Vid sökning i databasen cinahl sökte vi artiklar som är peer-reviewed, samt skrev in exklusionskriteriet NOT dementia. I pubmed använde vi begränsningarna "adult". I scopus använde vi oss av begränsningarna; "article" och limit to nursing och exclude dementia, i sökningarna 3-4 kryssade vi inte i limit to nursing, för att bredda resultatet.

Sökorden som vi använt av oss är från Svensk MeSH (Medical Subject Headings) vilket är de kontrollerade sökord som används vid NLM (U.S. National Library of Medicine) (22). Vi fann här korrekta översättningar på de omvårdnadsbegrepp vi använde, däremot finns inte personcentrerad vård som begrepp med. Vi har i sökningen valt att konsekvent använda stavningen "person-centered care", i likhet med MeSH-termen för patientcentrerad vård som är "patient-centered care". Övriga sökord som vi har använt är "patient participation", "patient satisfaction", "patient experience" och "well-being". Resultatet av de slutgiltiga sökningarna redovisas i tabell 1 till 3 i bilaga 1.

Även manuella sökningar har gjorts, dels för att få material till bakgrunden samt komplettering av litteratursökningen till resultatet. Genom sökningar i Göteborgs Universitetsbiblioteks katalog GUNDA och sökningar på internet har information och fakta kring personcentrerad vård hittats. På GPCC's hemsida (4) återfanns forskningsgruppens publikationer, där (23) och (24) användes till resultatet. En artikel (25) hittades under perioden då syftet fortfarande var inriktat mot patientcentrerad vård men eftersom den så tydligt undersöker effekten av kontraktet, vårdplanen, mellan

patient och vårdgivare samt patientens upplevelse av ökad delaktighet i vården anser vi den vara relevant gentemot syftet och därför beslöt vi behålla den.

Studiedesigner som används i valda artiklar

Studiedesigner som används i de kvalitativa studierna är olika former av intervjuer och observationer. Under en observationsstudie är det verkligheten som studeras, forskaren ska samla in data utan att själv påverka den (26). Metoden lämpar sig väl när man ska samla in information som rör beteenden i olika situationer (27). Genom att göra fokuserade gruppintervjuer kan man studera människors attityder, föreställningar och värderingar. Fokusgruppen diskuterar under en moderators ledning ett givet ämne och därefter analyseras materialet (28).

I de kvantitativa studierna används olika typer av kontrollstudier med interventionsgrupper. En klinisk prövning riktar sig mot framtiden och har till syfte att studera en intervention i jämförelse med en kontrollgrupp. Vanligtvis är studien randomiserad, deltagarna är slumpmässigt fördelade till någon utav grupperna. Det rekommenderas även att göra en blindning, att dölja vilka som blir utsatta för interventionen och vilka som tillhör kontrollgruppen (26). Vid en parallellgruppstudie delas patienterna upp slumpmässigt i kontrollgrupp och interventionsgrupp och behandlas under lika lång tid parallellt. Efter studiens avslutning analyseras resultat. Om skillnaden är signifikant, att slumpen inte kan förklara resultaten så måste det vara behandlingen som haft effekt. En optimerad balanserad blockdesign är en slags kontrollstudie som utförs i två efterföljande block och vilket liknar designen av en före-och-efter-studie. Studier som inkluderar patienter från flera olika kliniker eller sjukhus benämns multicenterstudie. Här är det viktigt att använda en blockad randomisering så att varje center får både patienter i en kontrollgrupp och i en interventionsgrupp. Man tar oftast även med centereffekten i analysen av resultatet, att en del center får mer positiva resultat än andra (26).

Vid artikelförfattares redovisning av hur väl interventionen har utfallit bör deltagarnas följsamhet och/eller utförarnas noggrannhet analyseras. Det kan presenteras i två grupper, intention to treat och per protocol. Intention to treat är oftast den grupp som troligen är närmast hur verkligheten ser ut, den innefattar alla patienter som tagit del av den behandling de blivit skiftade till. Detta oavsett om patienterna varit delaktiga i eller följsamma till planen vilket kan medföra att resultat därför kan bli något sämre. Däremot består den grupp som benämns per protocol av patienter som deltagit i studien och där följt anvisningarna vilket har gjort att allt har gått enligt planen. Både mätningar och interventioner har gjorts på rätt sätt och av rätt person. Genom att bara analysera gruppen per protocol kan det ge för bra resultat mot hur det i verkligheten fungerar eftersom den endast inkluderar de patienter som gjort rätt och inte fallit bort (26).

Etiska frågeställningar

Samtliga studier i de i resultatet medverkande artiklarna är godkända av etiska kommittéer i respektive land.

ANALYS

Vid sökningarna lästes samtliga titlar, de som verkade intressanta lästes även abstracten på och om detta verkade svara mot litteraturstudiens syfte skrevs artikeln ut för vidare granskning. För att granska kvalitén i de valda artiklarna använde vi oss av de granskningsprotokoll som är framtagna av Willman och Stoltz (29) där eventuella brister i studiernas upplägg tydliggörs. Analysen av artiklarna gjordes i flera steg. I den första analysomgången av artiklarna lades fokus på patienternas upplevelse av personcentrerad vård. Då det visade sig svårt att finna tydliga resultat på detta följde ytterligare granskningar där författarna valde att utöka analysen till att även titta på andra faktorer som har haft en indirekt påverkan på patientens upplevelse.

Faktorer som direkt eller indirekt lyfts fram i artiklarna, som jämfördes och diskuterades, kunde identifieras i det teoretiska ramverket för personcentrerad vård och dess fyra konstruktioner; *Förutsättningar*, *Vårdmiljö*, *Personcentrerade processer och Förväntade resultat* (15). En sammanfattning av artiklarna gjordes skriftligen och en sortering av de funna resultaten togs ut och redovisas i resultatet.

RESULTAT

Resultatet av analysen redovisas utefter det personcentrerade ramverket framtaget av McCormack och McCance (15). De i resultatet använda artiklarna presenteras i form av översiktstabeller, se bilaga 2.

FÖRUTSÄTTNINGAR

Bland sjuksköterskorna som deltog i McCance m.fl. studie är det påstående/uttalandet ”att lyssna på patienten” som var det främst framhållna då forskarna efterfrågade vad som kännetecknar personcentrerad vård. Även följande påståenden betonades: ”hålla anhöriga informerade”, och ”förklara kliniska undersökningar för patienten”, vilka är signifikant säkerställda. Patienterna som tillfrågades skattade påståendet ”att involvera patienten i vården” högt, vilket även överensstämde med sjuksköterskornas uppfattning (30). Resultatet visar dock på ett starkt samband mellan introduceringen av personcentrerad vård på avdelningen och hur patienterna uppfattar vården. Mycket beror de varierande resultaten på hur olika individer uppfattar vårdupplevelsen. En slutledning från studien är att sjuksköterskor måste sluta ta för givet att patienternas vilja är klar, istället måste sjuksköterskan undersöka vad patienten definierar som vård och använda detta till att åstadkomma förändringar inom vården (30).

I Wolf m. fl. studie framkom att patienterna hade olika strategier för att få information och bra vård. En som gav god effekt var när patienten byggde upp en bra relation med vårdarna, ofta baserad på gladlythet och tacksamhet, anpassad till rutinerna och följsam till vårdarens direktiv (31). I studien där återhämtningen efter en höftfrakturoperation undersöktes visades att vid interventionen med ICP fokuserade vårdgivarna på patienternas motivation och förutsättningar för rehabilitering. De individuella förutsättningarna för varje patient är således viktiga att beakta när vårdplanen konstrueras (24).

Under implementeringen av personcentrerad vård i Ekmans m. fl. studie framkom det vara svårt att till fullo åstadkomma förändringar i det vardagliga sjukhusarbetet, både vad gäller rutiner och attityder. Detta visade sig genom att patientbortfallet från intention to treat gruppen till gruppen som erhöll personcentrerad vård fullt ut (per protocol) blev hela 40 procent (23).

Resultatet i en artikel som undersökte interaktionen mellan patient och sjuksköterska vid läkemedelsutdelning visar att en del av de observerande sjuksköterskorna tar till vara på tillfället vid medicinutdelningen för att arbeta personcentrerat medan andra av sjuksköterskorna inte gör det. En skillnad ligger också i vad sjuksköterskorna säger att de gör och vad de verkligen gör. Informationen som sjuksköterskorna gav till patienterna var i de flesta fall enkel men ett fåtal ställde även frågor till patienten för att förvissa sig om att denne är införstådd med sin medicinering. Bara två av de observerade sjuksköterskorna satte sig ner hos patienten vid medicinutdelningen. Generellt sett visar studien på många missade tillfällen till att arbeta personcentrerat samt att medicinadministreringen till stor del präglades av rutiner istället för av individuella behov. Patienterna kände sig nöjda då sjuksköterskan informerade om vilka mediciner som administrerades och vad de var till för. I de fall patienterna var delaktiga rörde det sig främst om patientundervisning och förklarande av ordinationer. Sjuksköterskorna bjöd dock inte in till delaktighet för patienterna i så stor utsträckning vid medicinadministreringen utan stod exempelvis bara vid sänggaveln när läkemedlen delades ut och tog inte alltid ögonkontakt (32).

VÅRDMILJÖ

Wolf m.fl. beskriver i sin etnografiska fältstudie att patienterna upplevde det som att de fick bättre vård och bemötande om de var glada och trevliga mot personalen. Det framkom också att de drog sig för att ringa efter hjälp då de var rädda för att störa personalen. Patienterna försökte förstå vad som hade hänt med dem, hur de skulle behandlas och hur det skulle påverka deras framtid. Forskarna såg stora svårigheter i detta då miljön och rutinerna på avdelningen varken lät läkare eller sjuksköterskor ta sig tid att informera och samtala kring vården (31). I en studie där patienter med ryggmärgsskada intervjuades visade resultatet att kroppsliga begränsningar, delaktighet, och den fysiska miljön var viktiga aspekter som påverkar funktionen i vardagen. De kroppsliga begränsningarna var tydligast direkt efter skadan medan de miljömässiga begränsningarna blev mer betydelsefulla senare (33).

Det som vidare framkom i Wolfs studie var främst hur biomedicinskt färgade avdelningens rutiner var. Fokus låg på övervakning av biomedicinska markörer och livräddande åtgärder. Patienterna var ombedda att antingen promenera i korridoren, som där stod mycket medicinsk utrustning i, eller vara på sina rum. Matsal/dagrum var ofta upptaget av personalen för möten av olika slag. Patienterna var mycket noggranna med att inte missa rondens och var därför nästintill fast på rummet under de timmar då läkarronden kunde tänkas gå. Det biomedicinska förhållningssättet speglade även av sig på patienterna då de under intervjuerna kunde referera till sin låga syresättningsförmåga som anledning till fördröjd hemgång eller när de noga iakttog EKG-skärmen och därefter frågade sjuksköterskan hur de mådde (31).

PERSONCENTRERADE PROCESSER

I McCance m.fl. s studie (30) visar det sig att patienterna skattar påståendena ”involvera patienten i vården” och ”säkerställa integritet för patienten” högt i undersökningarna, vilka är en del utav grundpelarna i personcentrerad vård. Även i artikeln av Holliday m.fl. framkommer det att delaktigheten är viktig då målen för vården ska sättas. I interventionsgruppen fick patienterna använda en arbetsbok samt vara närvarande vid de möten där målen för rehabiliteringen sätts. I arbetsboken prioriterades olika aktiviteter och sedan identifierades specifika uppgifter att träna på. Detta gjordes både självständigt och tillsammans med personalen. I likhet med den personcentrerade vården kan patienten här ses som en ”expert” eftersom det resulterade i att individen i detta fall sätter mer relevanta mål utifrån den egna personen, än vad sjukvården annars skulle föreslagit (25).

I resultatet av Wain m.fl. s artikel visades att personcentreringen grundade sig i att patienterna kände att de ledde sin rehabilitering och fick en individualistisk och samlad helhetssyn på sin vård, och att även vårdmiljön var en bidragande orsak (34). Många kände sig starkt deltagande i vårdprocessen. Rehabiliteringsmålen diskuterades och de blev tillfrågade om vilka förhoppningar och mål de strävade efter. Men de fick även förklara varför och hur de tänkte kring målen (34).

Överensstämmelsen mellan sjuksköterskor och patienters svar i McCance m.fl. studie är låg, det är endast sex stycken påståenden som är gemensamma: ”Lyssna på patienten”, ”vara med patienten under en klinisk undersökning/procedur”, ”rapportera patientens tillstånd till högre ansvarig sjuksköterska”, ”observera läkemedelseffekter på patienten” och ”dokumentera i omvårdnadsjournalen”. Patienterna hade två påståenden som förekom i alla fem frågetillfällena: ”involvera patienten i vården” och ”säkerställa integritet för patienten” (30).

FÖRVÄNTADE RESULTAT

Olsson m.fl. har i en studie av patienter med höftfraktur visat att genom användandet av ett personcentrerat teamarbete, i det här fallet arbetssättet integrated care pathway (ICP), återfår patienterna snabbare den ADL-nivå som de hade innan höftfrakturen. En signifikant skillnad uppmättes i hur många i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen som återfick den ADL-nivå som de hade innan höftfrakturen. Färre patienter i interventionsgruppen än i kontrollgruppen uppger också att smärtlindringen inte var tillräcklig under vårdtiden (24).

Patienter som är delaktiga vid upprättandet av målen för sin rehabilitering visade sig också känna en ökad tillfredsställelse och större autonomi. De patienter som hade en ökad delaktighet satte signifikant mer relevanta mål än kontrollgruppen och hade även en större tillfredsställelse med sin rehabilitering. I målsättningsprotokollet anges vad individen vill uppnå under rehabiliteringen. Detta resulterade inte i några uppmätta skillnader i de fysiska framstegen eller vårdtidens längd. Interventionsgruppen satte också färre mål än kontrollgruppen, men proportionerna av uppnådda mål var likvärdiga (25). I studien rörande interaktionen mellan sjuksköterska och patient vid medicinadministrering (32) uppkom patientens deltagande som en viktig faktor för båda

parter. Det framkommer ändå i studien att patienterna är nöjda med personalen och arbetet som de gör. Men de nämner inte att någon specifik relation har skapats med personalen vid medicinadministreringen, vilket sjuksköterskorna talade om i intervjuerna (32).

Patienterna på en neurologisk rehabiliteringsavdelning upplevde under behandlingen äganderätt det vill säga att de kunde vara sig själva men även att de hade ett partnerskap med vårdgivarna. När detta partnerskap inte fanns upplevdes vården som mindre tillfredsställande (34). Enligt Ekman m. fl. framkom att fullt tillämpad personcentrerad vård genererade en förkortad vårdtid. Detta samtidigt som patienternas ADL-funktion bibehölls utan att öka risken för återinskrivning eller att äventyra patientens livskvalitet (23).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Nedan diskuteras dels metodologiska aspekter på de valda artiklarna, dels den egna metodens förtjänster och brister.

Granskade artiklar

Kvaliteten på de använda metoderna i de analyserade studierna är av varierande art. Ingen av de kvantitativa artiklarnas studier är randomiserade vilket gör att resultatet inte blir generaliserbart. Ett sådant exempel är studien som gjordes på att vårda patienter med höftfraktur med ICP. Förklaringen artikelförfattarna använder till att de inte använt en randomiserad kontrollerad studie är att det är svårt för personalen att arbeta utifrån två olika förhållningssätt samtidigt. Vidare menar författarna att det inte heller skulle vara etiskt att göra en sådan studie eftersom det inte är berättigat att fortsätta använda en otillräcklig vårdform, det vill säga den traditionella vården (24). Användandet av ett sådant argument emot randomiserade kontrollerade studier anser vi dels försvåra vårdforskningen och dels förminskar det chansen för generaliserbarheten.

Ett utav inklusionskriterierna för artiklarna har varit vuxna patienter, och det rör sig då om ett stort spann från unga till gamla. Ålders påverkan på studierna har diskuterats men i vissa fall negligerats. I artikeln av Holliday m.fl. (25) är det exempelvis flera data som saknas, såsom könsfördelning och just ålder på deltagarna. Det finns istället en hänvisning till att läsaren kan kontakta författarna ifall man skulle önska mer data. Fördelningen på deltagarna i de olika grupperna sägs likna den som andra studier haft på samma avdelning, vilket inte redogörs på ett tydligt sätt för läsaren. Det står inte hur gamla de var i de respektive grupperna, utan bara att interventionsgruppen hade en medelålder som var fyra år lägre (25). Frågan är om denna åldersskillnad kan ha spelat in på det positiva resultatet? Man kan tänka sig att ålder eventuellt kan vara en faktor som spelar in på patienternas möjlighet till delaktighet.

Studien som gjordes i Storbritannien (30) där implementeringen av personcentrerad vård gjordes på åtta stycken avdelningar samtidigt visar på en stor spridning av åldrar. Dock ser vi brister i kartläggningen av deltagande patienter då frågeformuläret

lämnades ut vid hemgång till alla patienter men inte registrerades. Därför går det inte att relatera till någon bestämd svarsfrekvens (30). Det är heller inte presenterat i artikeln hur spridningen av svaren är mellan de olika avdelningarna, exempelvis kan alla svar från kvinnliga deltagare då komma från en avdelning, de manliga från en annan och så vidare. Artikelförfattarna har heller inte diskuterat hur implementeringen fungerade, kom personalen snabbt in i filosofin och de nya rutinerna? Liksom i Ekmans m.fl. s artikel (23) omfattar studien många avdelningar och inte i några av fallen tar artikelförfattarna upp detta i relation till eller som orsak till de stora bortfallen och dess eventuella påverkan på resultaten.

Längderna på studierna verkar kunna medföra både positiv och negativ påverkan på resultatet. I artikeln (30) skulle en påverkan vara möjlig att anta då studien pågick över 18 månader. Det är en lång tid och mycket kan hända på de åtta olika avdelningarna. Exempelvis personalomsättningar, eventuella besparingar, semestrar och årstidsväxlingar som kan påverka patientflödet. Även implementeringen av den personcentrerade vården kan ha blivit lidande då nyanställda ska introduceras i det nya arbetssättet. En annan risk med långa studietider kan ses i (23) då det först registreras en kontrollgrupp under ett års tid och året därefter registreras interventionsgruppen. Vi ser en osäkerhet i resultatet då patienter från kontrollgruppen kan ha blivit återinlagda på någon utav avdelningarna igen under interventionsperioden, i artikeln saknas reflektion över detta och information kring eventuella säkerhetsåtgärder som vidtagits för att undvika sammanblandningar. Troligen har så inte skett men klarhet saknas, det som däremot kan ha haft negativ påverkan är att på grund av återinskrivningar, och därmed färre deltagare till studien, att studietiden andra halva har förlängts.

I (23) och (32) framkommer det att det kan vara problematiskt att implementera personcentrerad vård. I (23) fick all personal tre timmars introduktion. Vi ställer oss frågande till om detta är tillräckligt med information och utbildning från forskargruppens sida för att få med sig hela personalstyrkan? Frågan är intressant då personalens engagemang och kunskap kan ha påverkat antagningen och bortfallet av studiedeltagare. Vi tänker att om sjuksköterskan inte riktigt förstår eller är inte stöder arbetssättet kan det vara en försvårande faktor då nya studiedeltagare ska rekryteras och patientbortfall ska undvikas. Vi är av samma anledning även fundersamma inför vilka förändringar som tillkommit som påverkar sjuksköterskans arbete och vilka fördelar eller hinder som kan påverka.

Studierna i artiklarna har många olika studiedesigner, vilket till viss del försvårat granskning och jämförelse. Men det har även visat sig vara en styrka då ämnet som undersöks kan belysas ur olika perspektiv. Ett bra exempel på detta är studien gjord av Bolster m.fl. kring interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten. Där tillförde observationerna ett intressant resultat som inte hade framkommit vid enbart intervjuer, nämligen skillnaden i hur sjuksköterskorna säger sig arbeta och hur de verkligen gör i patientmötet (32). I en annan artikel blandar artikelförfattarna ihop begreppen patientcentrerad och personcentrerad, vilket gör det svårt för läsaren att veta vilket som avses. Konklusionen är då att det är viktigt att involvera patienterna själva när man vill veta vilka frågor som är viktiga för dem. Trots detta menar de att deras resultat från studien kan ses som en lista med personcentrerade kriterier över vad som är viktigt för patienter (33). Detta resonemang anser vi gå stick i stäv med personcentrerad vård

eftersom man här reducerar patienter med samma diagnos till en grupp som alla skulle ha samma preferenser och önsknings. Risken med sådant förfarande är en återgång till det historiskt patientkollektiva synsättet (7) och själva filosofin bakom personcentrerad vård går förlorad.

Examensarbetets arbetsprocess

Genom att använda oss av litteraturoversikt fick vi en bredd på artiklarna. Därigenom kunde vi få inblick i forskningsfältet både från bredare kvantitativt håll och djupare kvalitativt. Vad gäller urvalet kunde vi gjort en bättre sökprocess. Vad vi i så fall skulle förändrat är att ha gjort fler och mer övergripande sökningar, exempelvis använt oss av olika stavningar på de sökord som inte är MeSH-termer för att på så vis fått ett större urval i de övergripande sökningarna. Artiklarna är alla från länder med västerländsk sjukvård, vilket gör resultaten överförbara till svensk sjukvård. Tyvärr var det svårigheter med att finna artiklar som passade vårt syfte, därför fick vi ibland jämka och ta med två artiklar som enbart hade delar av personcentrerad vård presenterad eller som var i förstadiet. Således kan målsättningsprotokollet som i Holliday m.fl. s artikel, liknas vid det kontrakt som kännetecknar den personcentrerade vården då det arbetar utifrån ett ökat deltagande (25). Vid arbetssättet ICP arbetar man i team mellan olika professioner och en vårdplan för en specifik diagnos fastställs. Enligt GPCC kan ICP ses som ett personcentrerat teamarbete, och resultaten från studier med ICP presenteras som personcentrerad vård (24). Positivt är att den äldsta artikeln är från 2007, därmed är all forskning aktuell. Forskningsområdet är dock relativt ungt och således har inte så många studier genomförts och publicerats.

RESULTATDISKUSSION

En av förutsättningarna för personcentrerad vård bygger på sjuksköterskans egenskaper, vilket bland annat inbegriper yrkeskompetens och god kommunikationsförmåga (15). Wolf m.fl. drar en slutledning från fältstudien att sjuksköterskor måste sluta ta för givet att patienternas vilja är klar, istället måste sjuksköterskan undersöka vad patienten definierar som vård och använda detta till att åstadkomma förändringar inom vården (31). Vi upplever att vårdpersonal tror sig veta vad patienten vill och handlar därefter. Patienten behöver istället känna att personalen arbetar tillsammans och att hon/han blir lyssnad på i samtliga led. Detta tror vi skulle kunna medföra en ökad delaktighet och trygghetskänsla hos patienten.

En annan av konstruktionerna som ramverket för personcentrerad vård bygger på är personcentrerade processer, vilket syftar på patientens delaktighet och engagemang (15). Grunden till att göra patienten delaktig i sin vård handlar om att hjälpa patienten att göra sig hörd (12) och att en jämlik relation skapas mellan sjuksköterska och patient trots obalansen i maktförhållandet (7). Men det är inte alltid ökad delaktighet är patientens önskan, delaktighet kan även innebära att välja att avstå från medverkan i beslut (12). Studien av McCance m.fl. visar att mycket utav det som framkommer i patienternas påståenden ligger till grund för personcentrerad vård. Exempelvis att lyssna på patienten, involvera patienten i vården och lära känna patienten (30). Detta visar enligt oss på vikten av att undersöka både patientens och sjuksköterskans uppfattning kring vad som kännetecknar bra vård.

Praktiska implikationer för omvårdnaden

Såväl sjuksköterskor som all personal på sjukhuset är till för patienterna. Just därför tror vi att det är viktigt att se och möta personen bakom benämningen ”patient”, vårdpersonalens förhållningssätt har stor betydelse. Patienten ska inte behöva vara rädd för att störa vårdpersonalen. Vården ska ges med hänsyn till och med medverkan av patienten. Grunden för detta är information och samtal. Saknas förutsättningarna för detta krävs delvis ökade resurser men framförallt en enad personalstyrka.

I det teoretiska ramverket (15) beskrivs vikten av en god vårdmiljö. Därmed kan även den fysiska utformningen av vårdmiljön påverka införandet av personcentrerad vård (16). Både bra respektive dåliga exempel på detta beskrivs i (31) och (34) där den fysiska miljöns påverkan utgörs av medicinteknisk apparatur men även bristen på mötesplatser utanför patientrummet respektive en terapeutisk miljö utformad för ändamålet.

Redan under utvecklandet av ramverket för personcentrerad vård (15) tas sjuksköterskans svårigheter upp. Att fungera som spindeln i nätet och ständigt vara i behov av att prioritera viktiga handlingar. Detta tema fångas upp i flertalet av de granskade artiklarna (31), (32), (23). Under arbetet med bakgrunden blev vi allt mer medvetna om hindren med att införa personcentrerad vård inom slutenvård. Framförallt med svårigheterna att implementera arbetssättet på en ny avdelning eller klinik. Risken som föreligger är liknande scenarion som beskrivs i (8), (23) och (32) där personalen arbetade efter personcentrerad vård beroende på rådande situation eller när de kände att de hade tid för det.

Trots att vården har genomgått så stora förändringar och nått stora framgångar ur ett biomedicinskt perspektiv är det fortfarande svårt att förändra de rådande strukturerna och med dem den psykiska vårdmiljön. Detta tema återkommer bland annat i de granskade artiklarna (23), (31), (32). Sjuksköterskorna i studien gjord av Bolster m.fl. talar om personcentrerad vård och hur viktig den är då de blir intervjuade men det framkommer inte lika tydligt i arbetssättet vid observationerna. Patienterna upplever inte heller den personcentrerade vården i lika stor utsträckning (32). Genom att ha god kunskap om den fysiska omvårdnaden och inneha emotionell intelligens kan sjuksköterskan bidra till en god relation (15). Vi misstänker att på en avdelning som har personcentrerad vård som sin filosofi är det inte så märkligt att sjuksköterskorna blir påverkade och använder sig av den utbredda terminologin. Det kan även ha utvecklats något av en blandning mellan det biomedicinska och det personcentrerade arbetssättet, exklusivt för avdelningen. För att det ska komma patienterna till godo gäller det att använda sig av det personcentrerade förhållningssättet som man säger sig ha också i mötet med patienten.

Mot bakgrunden av artikeln som studerade vårdmiljön (31) samt den i det teoretiska ramverket illustrerade betydelsen av en väl samarbetande personal (15) kommer återigen våra funderingar kring implementeringen av personcentrerad vård och vilka svårigheter som kan uppkomma. En av förutsättningarna är att ena personalstyrkan mot ett och samma mål, helhetsperspektivet. Det krävs att alla medlemmar i vårdteamet, även läkaren, arbetar personcentrerat, inte bara sjuksköterskan. Risken om inte alla är inbegripna i arbetssättet utan istället arbetar på i gamla rutiner att parterna istället

motarbetar varandra och att patienten hamnar i kläm. Det krävs ett gemensamt tankesätt och ett gemensamt språk för att förenas i personcentrerad vård.

SLUTSATS

Till en början kände vi en viss tveksamhet till personcentrerad vård, såg det som att det blir ytterligare ett moment som läggs på sjuksköterskans redan fulla agenda. Det vi har sett under utbildningens gång är att sjuksköterskor på praktikplatserna ofta inte hade tid till längre samtal med patienterna, och att ankomstsamtal hölls korta efter en mall. Det är därför inte svårt att förstå att det kan finnas problem att införa personcentrerad vård inom slutenvård där tempot är högt och kontinuiteten ofta är bristande. Därför tror vi att mer resurser måste till för att implementeringen ska bli lyckosam. Personalen måste också få uppmuntran, stöd och utbildning. Arbetssättet bör vara gemensamt för alla professioner inom sjukvården för att fullt resultat ska nås. Traditionellt sett arbetar alla mot samma mål, en god vård för patienten, fast på olika håll. Om man däremot enas kring och utgår från personens berättelse kan stora vinster göras.

Under arbetets gång har snarare fler frågor väckts än svar funnits. En återkommande fundering är varför inte patienternas upplevelser i större utsträckning blir en naturlig del av forskningen kring personcentrerad vård. Är det på grund av ekonomiska faktorer man väljer att presentera objektiva fakta, såsom antal vård dagar, istället för att framhäva de subjektiva upplevelserna? Kanske är en sådan kartläggning nästa steg i utvecklingen av en ökad etablering av personcentrerad vård? Ytterligare forskning på ämnet är nödvändig för att få en samlad helhetssyn och kunna fullfölja en utvärdering av personcentrerad vård och dess effekter.

REFERENSER

1. Edvardsson D. Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. In: Edvardsson D, editor. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 29-37.
2. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), (1982).
3. Edvardsson D. Inledning. In: Edvardsson D, editor. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 15-18.
4. Wolf A. Om Centrum för personcentrerad vård - GPCC.
<http://www.gpcc.gu.se/om-gpcc/>; www.gpcc.gu.se; 2012 [updated 120920; cited 2012 121118].
5. Wolf A. Personcentrerad vård. <http://www.gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld/>; www.gpcc.gu.se; 2012 [updated 121205121206].
6. Santamäki Fischer R. Att samla in och använda livsberättelser - teorier och metoder. In: Edvardsson D, editor. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 39-49.
7. Willman A. Evidens och personcentrerad omvårdnad. In: Edvardsson D, editor. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 101-112.
8. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care - Ready for prime time. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2011;10(4):248-251.
9. Socialstyrelsen. Nationella indikationer för god vård.
www.socialstyrelsen.se 2009.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. www.socialstyrelsen.se 2010.
11. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig Handbok för vårdgivare, chefer och personal, 2012.
12. Eldh AC. Delaktighet och gemenskap. In: Wijk, H, A-K, E, editor. Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa. Kristianstad: Studentlitteratur; 2009. p. 45-62.
13. Svensk sjuksköterskeförening. Svensk sjuksköterskeförening om... personcentrerad vård 2010; 2010 (211113).
14. Vårdanalys. Rapport 2012:5 Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. In: Myndigheten för vårdanalys, editor. www.vardanalys.se 2012.
15. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. Journal of advanced nursing. 2006;56(5):472-479.
16. Wijk H. Personcentrerad miljö. In: Edvardsson D, editor. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 75-87.
17. Olsson LE, Karlsson J, Ekman I. The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: A prospective comparative study of patients with acute hip fracture. Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 2006;1(1).
18. Lehulante A, Nilsson A, Edvardsson D. The influence of a person-centred psychosocial unit climate on satisfaction with care and work. Journal of nursing management. 2012;20(3):319-325. Epub 2012/04/24.

19. Pope T. How person-centred care can improve nurses' attitudes to hospitalised older patients. *Nursing Older People*. 2012;24(1):32-37.
20. Alharbi TSJ, Ekman I, Olsson LE, Dudas K, Carlström E. Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy*. 2012;108(2-3):294-301.
21. Friberg F. Att göra en litteraturöversikt. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 115-124.
22. Karolinska institutet. Om svensk MeSH. www.ki.se; 2012 [cited 120925 121219].
23. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: The PCC-HF study. *European Heart Journal*. 2012;33(9):1112-1119.
24. Olsson LE, Karlsson J, Ekman I. Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *Journal of advanced nursing*. 2007;58(2):116-125.
25. Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2007;78(6):576-580.
26. Gellerstedt M, Merck S, amp, Dohme. M: medicinsk statistik. Sollentuna: Merck Sharp & Dohme; 2004.
27. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur; 2011.
28. Wibeck V. *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
29. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur; 2011.
30. McCance T, Slater P, McCormack B. Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(3):409-417.
31. Wolf A, Ekman I, Dellenborg L. Everyday practices at the medical ward: A 16-month ethnographic field study. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1).
32. Bolster D, Manias E. Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(2):154-165.
33. Lüthi H, Geyh S, Baumberger ME, Dokladal P, Scheuringer M, Mäder M, et al. The individual experience of functioning and disability in Switzerlandpatient perspective and person-centeredness in spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2011;49(12):1173-1181.
34. Wain HR, Kneebone, II, Billings J. Patient experience of neurologic rehabilitation: a qualitative investigation. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2008;89(7):1366-1371.

BILAGOR

BILAGA 1. REDOVISNING AV LITTERATURSÖKNING

Tabell 1 Redovisning av litteratursökning i Cinahl

Sökning i <i>Cinahl</i>	Sökord	Antal träffar	Studier som uppfyllde inklusionskriterierna
1	Person-centered care AND patient participation NOT dementia	0	-
2	Person-centered care AND patient experience NOT dementia	1	34
3	Person-centered care AND well-being NOT dementia	2	-
4	Person-centered care AND patient satisfaction NOT dementia	5	34
5	Person-centered care NOT dementia	87	33 och 34

Tabell 2. Redovisning av litteratursökning i PubMed

Sökning i <i>PubMed</i>	Sökord	Antal träffar	Studier som uppfyllde inklusionskriterierna
1	Person-centered care AND patient participation	5	-
2	Person-centered care NOT dementia	71	33 och 34
3	Person-centered care	253	33 och 34

FORTSÄTTNING BILAGA 1. REDOVISNING AV LITTERATURSÖKNING

Tabell 3. Redovisning av litteratursökning i Scopus

Sökning i <i>Scopus</i>	Sökord	Antal träffar	Studier som uppfyllde inklusionskriterierna
1	Person-centered care	194	30 och 32
2	Person-centered care AND patient experience	52	30 och 32
3	Person-centered care AND patient satisfaction	57	34
4	Person-centered care AND patient participation	48	32 och 33
5	Person-centered care AND well-being	25	-

BILAGA 2. ÖVERSIKT AV ANALYSERADE STUDIER

Tabell 4. Översikt av analyserade studier med kvantitativ metod

Artikel	Deltagare	Syfte	Metod/design	Resultat	Metodologisk kvalité/kommentar
McCance m.fl. 2008 (30)	n=70-107. Vid 5 mättillfällen, på 8 olika avdelningar. Samt sjuusköterskor som arbetade på avdelningarna. Storbritannien.	”Illustrera samverkan mellan omvårdnadsbegreppen och personcentrering”.	Kvasiexperimentell. Undersökningen gjordes med hjälp av utvärderingshjälpmedlet PCNI, vilket inkluderade CDI och NDI.	SSK´s uppfattning var konsekvent över tid och var applicerbara på PCC- ramverket. Patienternas uppfattning skattade ”involvera patienten” högt över tid,. Framväxten av ”getting to know the patient” signifikantför utvecklingen av PCC.	Otydliga med hur stort bortfallet är då utgångsläget inte är dokumenterat. Oklart hur många ssk som deltar, står omnämnda enbart som procentsatser. Även tagit med omdömen från närstående.
Ekman m.fl. 2012 (23)	Patienter med försämrad hjärtsvikt. PCC n= 125. Traditionell vård, n= 123. Sverige	”Att utvärdera hur PCC reducerar antal LOS, förbättrar ADL och påverkar HRQL och återinskrivning”.	Före-och-efter-design. Först gjordes en mätning under cirka ett års tid som fungerade som en baseline, en kontrollgrupp. Därefter implementerades personcentrerad vård på avdelningarna och en ny studieperiod påbörjades.	PCC- gruppen/interventionsgruppen har förkortad vårdtid och bibehållen ADL-förmåga utan att påverka tiden för återinskrivning eller patientens uppskattade livskvalitet (HRQL).	Ej randomiserad. Stort bortfall både i urvalsprocessen och under studiens gång.

Fortsättning: Tabell 4. Översikt av analyserade studier med kvantitativ metod

Artikel	Deltagare	Syfte	Metod/design	Resultat	Metodologisk kvalité/kommentar
Holliday m.fl. 2007 (25)	Patienter på neurologisk rehabiliteringsavdelning, totalt n=201. Interventionsgrupp, n=100. Kontrollgrupp, n=101. Storbritannien.	”Studien undersöker effekterna av ett ökat deltagande i målsättningsprotokollet på en neurologisk rehabiliteringsavdelning”.	Optimerad balanserad block-design.	Patienter med ökad delaktighet sätter mer relevanta mål och är mer nöjda med rehabiliteringen. Ingen skillnad i vårdtid eller funktion.	Flera data som fattas. Grupperna likvärdiga vid start, framkommer dock inte förhållanden mellan kön. Ålder redovisas inte.
Olsson m.fl. 2007 (24)	Patienter med höftfraktur. N=112. Interventionsgrupp, n=56. Kontrollgrupp, n=56. Sverige	”Utvärdera omvårdnadens bidrag inom ICP för patienter med höftfraktur”.	Kvasi-experimentell prospektivstudie. Två olika arbetssätt jämfördes. Den traditionella vården studerades först och användes som en kontrollgrupp mot vilken ICP jämfördes.	En signifikant skillnad i hur många i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen som återfick den ADL-nivå som de hade innan höftfrakturen.	Frågar inte patienterna vad de tycker om PCC.

Pat=patient, SSK=sjuksköterska, avd=avdelning, PCC= person-centered care, ICP= integrated care pathway, ADL= activities of daily living, LOS= length of hospital stay, HRQL= health-related quality of life, PCNI= Person-Centred Nursing Index, CDI=The Caring Dimensions Inventory, NDI= Nursing Dimensions Inventory.

Tabell 5. Översikt av analyserade studier med kvalitativ metod

Artikel	Deltagare	Syfte	Metod/design	Resultat	Metodologisk kvalité/kommentar
Wain m.fl. 2008 (34)	n=8. Patienter på neurologisk rehabiliteringsavdelning. Storbritannien	”Att förstå upplevelsen hos patienter som har genomgått neurologisk rehabilitering.”	Analys av semistrukturerade intervjuer, med öppna frågor.	Patienterna rapporterade en positiv upplevelse av rehabiliteringstiden. Temat personcentrerad upptäcktes med fyra subteman: ägandeskap, personligt värde, uppfattning om val och kontroll av personliga känslor som respekt och självkänsla.	Endast 36 % av de tillfrågade deltog.
Wolf m. fl. 2012 (31)	Intervjudeltagare n=14. Internmedicinsk/kardiologisk avdelning. Sverige	”Att beskriva vardagen för professionella och patienter på en internmedicinsk avdelning för att analysera hur den specifika vårdmiljön, med dess rutiner, strukturer och fysiska miljö, påverkar handlandet och relationerna för både patient och vårdpersonal”.	Etnografisk fältstudie med informella samtal och formella intervjuer.	Identifiering av strukturer som både främjade och motverkade insatserna och relationerna mellan patient och vårdgivare. Vårdmiljöns inskränkande effekt på valmöjligheterna, vilket resulterade i skuld-känslor ffa hos sjuksköterskor.	Endast gjord på en avdelning men under lång tid (16 mån) vilket kan stärka validiteten.

Fortsättning: Tabell 5. Översikt av analyserade studier med kvalitativ metod

Artikel	Deltagare	Syfte	Metod/design	Resultat	Metodologisk kvalité/kommentar
Bolster m.fl. 2010 (32)	Patienter som observerades, n=25 Patienter som intervjuades, n=16 Sjuksköterskor intervju och observation, n= 11. På en akutvårdsavdelning. Australien	”Att undersöka hur sjuksköterskor och patienter interagerar med varandra under medicinadministrationen i en akutvårdsmiljö som har en filosofi av personcentrerad vård”.	Naturalistiska observationer och semistrukturerade intervjuer.	Tre övergripande teman: tillhandahållande av individanpassad vård, patientens delaktighet samt kontextuella hinder för att ge personcentrerad vård.	Endast gjord på en avdelning.
Lüthi, m.fl. 2011 (33)	N=49, i nio fokusgrupper. Patienter med ryggmärgsskada på tre rehabiliteringsinrättningar. Schweiz	”Utforska de aspekter av funktion och funktionshinder som är relevanta för personer med ryggmärgsskada, genom att använda ett helhetsgrepp baserat på ICF”.	Fokusgrupper med öppna frågor.	Kroppsliga begränsningar, delaktighet, och den fysiska miljön var viktiga aspekter som påverkar funktionen i vardagen.	Blandar ihop begreppen och drar förhastade slutsatser.

SSK=sjuksköterska, pat=patient, ICF=international classification of functioning, disability and health.